

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

4363473

A. USO EXCLUSIVO MÉDICO (O MATRÓN/A EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

1. NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO/A BRIGIDA CORTES AHUMADA						CÉDULA DE IDENTIDAD 5096485-K			
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> F	M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año 07 10 1942			EDAD Años Cumplidos 82	Sólo si es menor de un año Meses Días Horas Min.			

TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO/A: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)

1. Nombre: _____ C.I.: _____ Firma: _____
 2. Nombre: _____ C.I.: _____ Firma: _____

2. DATOS DE LA DEFUNCIÓN

SOLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL

FECHA Día Mes Año 18 08 2025			HORA Hora Minutos 03 30		Peso al nacer (grs)	Semanas gestación	Estado Nutritivo previo a la enfermedad <input type="checkbox"/> 1: Eutrófico <input type="checkbox"/> 2: Desnutrición grado I <input type="checkbox"/> 3: Desnutrición grado II <input type="checkbox"/> 4: Desnutrición grado III <input type="checkbox"/> 9: Ignorado		
---	--	--	--------------------------------------	--	---------------------	-------------------	---	--	--

LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 1: Hospital o Clínica <input type="checkbox"/> 2: Casa habitación <input type="checkbox"/> 3: Otro	ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN HOSPITAL de coquimbo	COMUNA coquimbo
---	--	---------------------------

3. CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.

CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte) a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE - Debida a - o - Como consecuencia de - CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata) b) - Debida a - o - Como consecuencia de - c) FALSA pulmonar de neoplasia sobrevenida	DURACIÓN ENFERMEDAD	USO M. SALUD		
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)				

4. FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE

<input checked="" type="checkbox"/> 1: Autopsia <input type="checkbox"/> 2: Biopsia <input type="checkbox"/> 3: Operación	<input type="checkbox"/> 4: Exs. Laboratorio <input type="checkbox"/> 5: Cuadro Clínico <input type="checkbox"/> 6: Información de Testigos	LUGAR DE OCURRENCIA <input type="checkbox"/> 1: Casa <input type="checkbox"/> 2: Via Pública <input type="checkbox"/> 3: Trabajo <input type="checkbox"/> 4: Otro	CIRCUNSTANCIAS <input type="checkbox"/> 1: Peatón <input type="checkbox"/> 2: Conductor <input type="checkbox"/> 3: Pasajero <input type="checkbox"/> 4: Otra	TIPO <input type="checkbox"/> 1: Accidente <input type="checkbox"/> 2: Suicidio <input type="checkbox"/> 3: Homicidio <input type="checkbox"/> 4: Otro
---	---	---	---	--

ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD <input checked="" type="checkbox"/> 1: Si <input type="checkbox"/> 2: No <input type="checkbox"/> 9: Ignorado	CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA:		FECHA CERTIFICADO		
	MÉDICO <input checked="" type="checkbox"/> 1: Tratante 2A: Legista 2B: Patólogo 3: Otro	OTROS 4: Información de Matrón/a 5: Testigos 9: Ignorado	Día	Mes	Año

Nombre Médico: **ALEXANDRA ZAMORANO SANCHEZ**
 Rut: **18.246.785-8** Teléfono: **516189**
 Domicilio: **AV. VIDELA S/N, coquimbo**

Firma Médico y Sello Establecimiento

B. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO/A (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)				USO INE			
INSTRUCCIÓN Último Curso Nivel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno	OCUPACIÓN	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> 1: Patrón/a <input type="checkbox"/> 2: Empleado/a <input type="checkbox"/> 3: Obrero/a <input type="checkbox"/> 4: Trabajador/a por cuenta s			

5. SÓLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.

1.- MENOR DE UN AÑO
2.- DEFUNCIÓN FETAL

Nombre de la persona gestante / madre / progenitor/a

ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> S: Soltera <input type="checkbox"/> C: Casada <input type="checkbox"/> V: Viuda <input type="checkbox"/> D: Divorciada <input type="checkbox"/> A: Conviviente civil <input type="checkbox"/> J: Separada judicialmente	HIJOSA/S: Incluyendo presente inscripción Vivos/as Fallecidos/as Mortinatos Total	FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE H <input type="checkbox"/> 1.- Parto <input type="checkbox"/> 2.- Aborto	Día Mes Año
---	--	--	-------------